

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 14

SUR UN CAS

DE

VOLVULUS DE L'S ILIAQUE

✱

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Décembre 1921

PAR

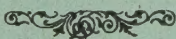
Paul COMÈS

Né à Béziers (Hérault), le 18 Mars 1894

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, prof.		
		RICHE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1521

SUR UN CAS
DE
VOLVULUS DE L'S ILIAQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 14

SUR UN CAS

DE

VOLVULUS DE L'S ILIAQUE

— * —
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Décembre 1921

PAR

Paul COMÈS

Né à Béziers (Hérault), le 18 Mars 1894

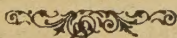
CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*.
DE ROUVILLE, prof.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

{ *Assesseurs*.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	}	MM. GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie	}	GRYNFELTT
Physique médicale		HEDON.
Chimie biologique et médicale	}	N...
Botanique et histoire naturelle médicales		DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	}	GRANEL.
Microbiologie		MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	}	LISBONNE
Pathologie interne		BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	}	N...
Hygiène		VIRES.
Médecine légale et toxicologie	}	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale		N...
Clinique chirurgicale	}	DU CAMP.
Clinique obstétricale		VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	}	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique		FORGUE <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	}	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MAIRET.
Clinique gynécologique	}	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		N...
Clinique des maladies des voies urinales		ESTOR.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	}	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie		MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	}	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	}	MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale	}	ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie	}	GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Stomatologie	}	Dr WATON.
Histologie		Dr. GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	{	EUZIERE.	Accouchements	{	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Chimie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE
		DELMAS (J.)			CABANNES.
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. FORGUE, prof., <i>président</i> .	RICHE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A LA MÉMOIRE
DE MES ONCLES LÉON COMÈS ET LÉON HOURLIER
Morts pour la France

A LA MÉMOIRE
DE MES AMIS PANIS, PRAT, ANDRÉ, AVON,
RÉGNIER
Morts pour la France

PAUL COMÈS.

A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SOEUR

A MA CHÈRE FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

PAUL COMÈS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RICHE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LAPEYRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PAUL COMÈS.

SUR UN CAS

DE

VOLVULUS DE L'S ILIAQUE

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'assister au déroulement des faits dramatiques et poignants qui constituent le tableau clinique de l'occlusion intestinale. Sur ces cas, deux étaient dus au volvulus de l'anse sigmoïde et la difficulté que l'on eut à en établir le diagnostic précis, nous frappa plus particulièrement. Aussi, grâce à l'observation très complète de l'un de ces deux cas, nous ne croyons pas inutile de venir souligner quelques points de cette question estimant qu'ils sont susceptibles d'apporter quelque clarté dans la recherche du diagnostic.

M. le professeur Forgue a bien voulu présider notre thèse et il nous permettra de venir l'en remercier très profondément. Mais ce n'est point par là seulement qu'il s'est acquis des droits à toute notre gratitude et nous n'avons pas oublié qu'aux heures sombres des premiers jours de la guerre, il nous fit l'honneur de nous accepter dans son service et nous permit ainsi de nous rendre utile dans

la faible mesure de nos moyens médicaux d'alors, tout en recevant de lui des leçons inestimables de science et d'énergie morale.

Nous remercions aussi sincèrement M. le docteur Roux, chef de clinique chirurgicale, dont l'obligeance vis-à-vis des étudiants ne connaît point de bornes.

Enfin, on aurait le droit de nous taxer d'ingratitude si nous n'adressions pas l'expression de nos sentiments reconnaissants à M. le docteur Chiffre, médecin chef, et à M. le docteur Surjus, chirurgien chef de l'Hôpital civil de Perpignan, dont les conseils pratiques nous furent très profitables au cours de notre année d'internat dans cette ville.

PREMIERE PARTIE

RAPPEL DE LA QUESTION DANS SES GRANDES LIGNES

Historique

Le volvulus de l'S iliaque constitue le mode de torsion intestinale le plus fréquemment observé, et il entre, de ce fait, pour une assez grande part dans le cadre de l'occlusion aiguë.

On en doit les premières observations à Mackenzie (1848), à Trousseau (1857), à Melchiori (1859).

Depuis, Virchow éclaira l'étiologie et la pathogénie de la question par ses recherches sur la mésentérite rétractile dont la méso-sigmoïdite n'est qu'un cas particulier.

L'école française, avec Rendu (1875), Potain (1879), en montra le mécanisme et l'anatomie.

Les allemands Lennander, Kiwull, Brehm, contribuèrent largement à faire progresser la question au point de vue clinique et thérapeutique.

Les slaves Stelker, Marcinkowski, Kusnetzow apportèrent de nombreux cas d'observation qui permirent à Jaboulay, Gayet et Patel, Lecène, Mazet, Roux de Lausanne, d'élucider tout à fait la question et d'en poser les principes opératoires. Enfin, M. le professeur Forgue, dans une étude très complète, parue dans la *Presse Médicale*

(1920), fixe la question tant au point de vue des causes et de la pathogénie, que des indications et de la technique opératoires.

Anatomie

Il ne nous paraît pas inutile de rappeler maintenant quelques notions anatomiques.

Le côlon ilio-pelvien ou S iliaque ou côlon sigmoïde, fait suite au côlon descendant. Il commence à la hauteur de la crête iliaque et finit à la troisième vertèbre sacrée.

Alors que le côlon descendant n'est recouvert que sur ses trois quarts antérieurs de péritoine et par conséquent est très peu mobile, au contraire, l'anse sigmoïde est pourvue d'un méso flottant qui la rattache à la paroi postérieure de l'abdomen et du bassin. Ce méso-côlon pelvien, très court au niveau de la partie initiale du côlon iliaque, s'allonge ensuite graduellement de façon à atteindre son maximum de développement à la partie moyenne de l'anse pelvienne, où il mesure d'ordinaire 10 à 16 centimètres. Puis, il se raccourcit peu à peu en se rapprochant du rectum et devient de nouveau très court au voisinage de cet organe. Grâce à ce long méso, le côlon ilio-pelvien jouit d'une excessive mobilité, surtout marquée au niveau du segment pelvien, et cette seule disposition anatomique, permet déjà de prévoir la facilité avec laquelle l'anse pourra basculer et se tordre sous l'influence des conditions étiologiques prédisposantes et efficientes.

Etiologie et Pathogénie

Les peuples balkaniques, la race slave et la race juive, offrent une prédisposition marquée au volvulus. C'est ainsi que, dans les hôpitaux de Riga, sur 100 cas d'occlu-

sion intestinale observés, 30 étaient dûs au volvulus de l'anse oméga.

L'homme est plus fréquemment atteint que la femme, et le plus souvent c'est après la quarantaine que ces accidents surviennent. Brehm en a fixé l'âge moyen à 53 ans.

La torsion du côlon ilio-pelvien dépend de deux facteurs : l'allongement considérable de l'anse et de son méso, cause prédisposante ; un mouvement brusque, cause efficiente.

Le premier facteur, rapporté pendant longtemps à une affection intestinale acquise, est considéré actuellement comme une anomalie congénitale (côlon de type infantile, méga-côlon, maladie d'Hirschprung). Mais il est un élément plus important que la longueur de l'anse et de son méso, c'est le rétrécissement du pied de l'anse, dû à un processus de méso-sigmoïdite fibreuse. Cette méso-sigmoïdite n'est d'ailleurs qu'un cas particulier de la mésentérite rétractile mise en lumière par Virchow.

Sous l'influence de ce processus, les deux jambes de l'anse se rapprochent, devenant « entravées ». Enfin, à un degré plus avancé, il se produit un véritable enjambement avec accollement des deux anses en canon de fusil.

Dès lors, une disposition éminemment favorable à la production du volvulus, se trouve constituée. Une cause efficiente quelconque : effort, mouvement brusque ou traumatisme déclanchera la torsion de l'anse autour de son pédicule comme pivot, suivant l'un des deux types décrits par Potain : rectum en avant ou rectum en arrière.

La stase intestinale et la constipation habituelle jouent également, dans le mécanisme de la torsion, un rôle qui n'est pas négligeable, surtout chez le vieillard où elles contribuent à accentuer l'allongement de l'anse ; mais

loin d'être prépondérant, comme on l'avait cru pendant longtemps, ce rôle n'est qu'accessoire.

Des expériences, très minutieuses, ont prouvé que la réplétion des anses ne fait jamais dépasser 180° de torsion. Encore subsiste-t-il un passage perméable aux gaz et aux matières. Au contraire, quand il y a rétraction du méso, moins de 180° de torsion suffit à empêcher totalement le passage des gaz et des liquides.

Si l'on s'en rapporte aux données étiologiques précédentes, on voit d'autre part que le volvulus est peu fréquent chez la femme, qui, cependant, est très souvent atteinte de constipation habituelle.

C'est donc le rôle de la méso-sigmoïdite rétractile qui est capital dans la production des phénomènes de torsion.

Mais la rétraction du méso ne borne point son rôle à cet acte purement mécanique, elle entraîne encore des conséquences anatomo-pathologiques du plus haut intérêt.

Les troubles vasculaires qu'elle fait naître au niveau du méso vont amener successivement la dénutrition de l'anse, son sphacèle, suivis bientôt de nécrose et de perforation avec péritonite hyperseptique, si l'on n'intervient pas à temps. Et ces accidents graves sont si intimement liés au degré de perméabilité des vaisseaux du méso, que l'on a pu observer des cas de péritonite avec perforation mortelle, à l'autopsie desquels on ne trouva pas de torsion, mais uniquement des lésions de méso-sigmoïdite très avancées.

Ces préliminaires un peu longs, ne nous ont pas paru inutiles à rappeler pour suivre avec plus de facilité l'interprétation des faits cliniques contenus dans l'observation qui va suivre.

DEUXIEME PARTIE

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le Docteur Roux, chef de clinique chirurgicale

M. X..., âgé de 78 ans, a joui jusqu'alors d'une bonne santé. On ne relève dans ses antécédents personnels, qu'une hydrocèle droite opérée, à 58 ans, et deux hernies inguinales bien contenues par un bandage.

Rien du côté digestif, des évacuations régulières et normales.

Il y a trois mois, quelques troubles de défécation apparaissent, consistant en une constipation d'intensité moyenne; les matières sont très dures, de gros volume, nécessitant des efforts d'évacuation, mais les selles sont toujours régulières, quotidiennes. Avec les matières, le malade constate des émissions glaireuses; pas d'écoulement en dehors des selles, jamais de sang, pas de douleurs abdominales.

Le 2 juin 1921, à 5 heures du soir, douleur abdominale assez vive, généralisée à tout l'étage inférieur, mais ne présentant pas la douleur brusque, aiguë avec phénomènes péritonéaux qui accompagnent les accidents de torsion. Depuis, arrêt complet des matières et des gaz.

Les douleurs abdominales s'installent par crises espacées d'une demi-heure à trois quarts d'heure, à siège hypogastrique, avec irradiations dans les fosses iliaques. Ces crises, qui durent trente secondes environ, se rappro-

chent de plus en plus pour apparaître toutes les cinq minutes dans la journée du 5 juin. Entre les crises, le malade ne souffre pas; il se plaint seulement de ballonnement. Pas de vomissements; des nausées et quelques efforts le second jour. Pas d'émissions sanguines par l'anus. L'entourage a essayé d'instituer des lavements de toutes sortes; un lavement purgatif même, sans aucun résultat. Le 5 juin, au soir, il est vu par un médecin qui tente de porter doucement un lavement haut à la sonde de Châtel-Guyon. Le liquide ressort pendant l'injection. Le malade est envoyé à l'Hôpital Suburbain de Montpellier, le 6 à la première heure; il est admis dans le service de M. le professeur Forgue, trois jours et demi après le début des accidents par conséquent.

L'état général paraît bon, le facies est coloré, l'œil vif et le malade répond très bien aux questions posées. Il se plaint de douleurs sous-ombilicales naissant sur la ligne médiane et s'irradiant en ceinture vers les lombes. Elles apparaissent par crises rapprochées toutes les deux ou trois minutes et durent trente secondes environ. Pas de vomissements. Le pouls est dur, mais bien frappé, à 96, avec des intermittences; la radiale est très dure, la langue est humide; les urines sont de couleur normale et assez abondantes.

A l'examen, nous constatons que le ventre est ballonné, mais ce ballonnement est irrégulier, et l'on est frappé par la présence d'une tuméfaction épigastrique, soulevant l'épigastre de la xiphoïde à l'ombilic. Par ailleurs, le ventre est tendu, mais non distendu. Pas de dilatation dans les flancs.

Pas de déformation en cadre; aucun mouvement péristaltique visible; le malade porte deux hernies inguinales absolument flasques et réductibles, facilement mises hors de cause.

La palpation confirme l'existence de la tuméfaction épigastrique provoquée par les gaz. Cette tuméfaction n'est pas douloureuse à la pression, mais elle est résistante et de sonorité tympanique. Les autres régions de l'abdomen sont tendues sans distension, sonores sans tympanisme exagéré. La pression de l'hypogastre provoque à un moment donné une crise douloureuse.

A aucun endroit, on ne sent de tumeur et le toucher rectal reste négatif.

M. le professeur Forgue intervient d'urgence sous rachianesthésie de 12 centigrammes de syncaïne parfaitement supportée, par laquelle l'opération a été grandement facilitée. Incision de laparotomie médiane. Au milieu des anses grêles non météorisées et de couleur normale, se présente de suite une anse énorme occupant la région épigastrique. Le fond, superficiel, arrive à la hauteur de l'appendice xiphoïde et le pied paraît s'enfoncer dans le petit bassin. Elle est noirâtre, sans tache de sphacèle et du volume du bras d'un adulte. Elle se compose en réalité de deux anses de même grosseur accolées en canon de fusil, et se termine à la hauteur du promontoire dans un nœud de torsion très serré. Il s'agit de l'S iliaque tordue. On se rend compte que le côlon descendant aboutit au nœud de torsion, d'où se dégage par en dessous le rectum : type rectum en arrière. En effet, on détord cette anse en effectuant un tour complet (360°) dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Rapidement, un clamp est jeté au-dessous du siège de la torsion, l'anse sigmoïde est réséquée, une suture latéro-latérale assure la continuité intestinale et les tranches de section terminales sont enfouies.

Le malade n'est pas shocké, les suites paraissent bonnes ; une émission de gaz et de liquides apparaît le lendemain de l'opération. Le pouls s'est maintenu bon pendant

quatre jours, les urines abondantes, mais l'encombrement pulmonaire fatal est survenu le cinquième jour sans signe de péritonite, alors que le rétablissement du cours des matières s'effectuait bien.

Examen de la pièce. — L'anse sigmoïde réséquée était très distendue, ses deux moitiés accolées en canon de fusil. Sur la face supérieure, face qui regardait la voûte diaphragmatique, on peut se rendre compte de l'existence et du rôle de la méso-sigmoïdite rétractile. Le méso-côlon est en effet rétracté, et parcouru par des brides scléreuses disposées en éventail presque fermé, se dirigeant vers le nœud de la torsion. Ces brides, par les tractions qu'elles exercent, sur les deux portions de l'anse, les maintiennent accolées latéralement l'une à l'autre. Sur la face inférieure, face qui regarde le petit bassin, on aperçoit, jetées comme un pont d'un segment à l'autre, des brides de direction transversale, paraissant être de nature inflammatoire.

TROISIEME PARTIE

CONSIDÉRATIONS SUGGÉRÉES PAR CETTE OBSERVATION

Nous ne nous attarderons pas à des considérations anatomo-pathologiques ; il suffit de relire dans l'observation ce qui a trait à l'examen de la pièce réséquée, pour se rendre compte de l'importance capitale de la méso-sigmoïdite dans le cas présent.

Considérations cliniques. — Le premier fait à noter, c'est l'importance de cette période de phénomènes prémonitoires, caractérisée par l'installation d'une constipation d'intensité moyenne, accompagnée de quelques évacuations glaireuses. Cette première phase a duré trois mois.

La stase stercorale est étroitement liée à l'envahissement de la méso-sigmoïdite rétractile. La constipation présente ici des caractères un peu différents de ceux qui sont habituellement décrits ; l'établissement de cette stase est progressif et ne procède pas par poussées. Ce n'est point là le type d'obstruction à rechutes répondant à des coudures temporaires et que Brehm désigne sous l'appellation expressive d'attaques d'occlusion. Ici, le resserrement est progressif ; les phénomènes de stase nous révèlent l'étranglement continu de l'anse par le processus fibreux.

Quand les accidents de torsion éclatent, la douleur est

généralisée d'emblée à tout l'hypogastre, mais elle est loin de présenter les caractères aigus et la brusquerie habituels à ces accidents, et aucun phénomène d'ordre péritonéal ne l'accompagne.

Il n'y a pas de vomissements et ceci mérite de fixer notre attention : dans le volvulus de l'S iliaque, les vomissements manquent en effet le plus souvent ou bien leur apparition est tardive, et, dans ce cas, c'est dans les stades ultimes seulement qu'on peut les trouver porracés ou fécaloïdes.

On a tenté de porter un lavement haut à la sonde de Chatel-Guyon, et ce lavement n'a pas pénétré, le liquide ressortant pendant l'injection. Dans le cas de volvulus de l'anse sigmoïde, les classiques admettent l'impossibilité de pousser profondément au-delà du rectum, une longue canule, ni d'introduire une forte quantité de liquide; il faut savoir que ce signe n'est exact que si l'on tient compte de la capacité réelle du rectum, qui serait, en moyenne d'un litre, d'après du Castel et Barié.

L'état général et le faciès paraissent bons; ceci est en rapport avec ce que nous avons fait remarquer plus haut, l'absence habituelle de phénomènes de péritonisme.

Les urines sont de couleur normale et assez abondantes; ce signe, joint à l'absence de vomissements et à la conservation relative de l'état général, constitue un élément important de diagnostic, en montrant presque à coup sûr que l'obstacle occupe un point bas du tube intestinal; toutes lésions relatives à l'intestin grêle, se trouvent ainsi éliminées.

L'étude du météorisme est particulièrement intéressante dans le cas présent.

Nous avons vu qu'il s'est établi dès les premières heures, se présentant à l'inspection sous la forme d'une tumé-

faction soulevant la paroi abdominale depuis l'appendicé xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Plus bas, le ventre est tendu, mais non distendu; aucune dilatation dans les flancs, pas de déformation en cadre, pas de mouvements péristaltiques visibles.

La palpation nous fait sentir une résistance plus accentuée au niveau de l'épigastre, et la percussion décèle au même endroit une sonorité de timbre tympanique.

L'investigation des autres régions de l'abdomen ne nous offre à constater ni résistance, ni tympanisme. Mais au niveau de l'hypogastre, la pression provoque une sensation de douleur.

Ainsi que M. le professeur Forgue le fait remarquer fort judicieusement, il y a un élément de diagnostic très appréciable dans cette opposition entre la tuméfaction épigastrique (fond et corps de l'anse sigmoïde) d'une part, et des douleurs à siège hypogastrique (nœud de torsion), d'autre part.

Ce signe, joint à l'absence de vomissements et au défaut de tuméfaction locale au niveau de l'hypogastre, constitue un syndrome clinique à retenir dans la recherche toujours difficile des causes d'une occlusion intestinale.

Qu'on veuille bien tenir compte, en effet, de l'inconstance habituelle des signes classiques. Le signe de Von Wahl qui traduit le météorisme local est utilisable, mais c'est un symptôme des toutes premières heures; l'asymétrie, la déformation oblique, le cadre colique, le fer à cheval de Laugier sont rarement constatables sur des malades pour lesquels on est le plus souvent consulté tardivement. Tous ces signes sont plus ou moins masqués par la distension généralisée.

Cependant, pour si difficile qu'il soit, le diagnostic du volvulus peut être porté; le syndrome décrit plus haut

suffit à éliminer la përisigmoïdite. On écartera l'hypothèse d'invagination dans laquelle les gaz et les selles ne sont jamais totalement supprimés, ou ne le sont que très tardivement. De plus, dans ce cas, le ballonnement est moins volumineux et l'on peut souvent palper le boudin d'invagination. Enfin, c'est surtout un accident de l'enfance, alors que le volvulus de l'S iliaque survient dans la grande majorité des cas chez l'homme âgé.

Le diagnostic avec un néoplasme colique parvenu au stade d'occlusion, nécessite une discussion plus serrée des éléments cliniques.

Dans les deux cas, la phase d'étranglement peut être précédée de crises de constipation suivies de débâcles. Cependant une constipation progressive, plus marquée par la rareté quantitative des matières que par la rareté numérique de leurs émissions, pourra faire penser que le processus de la méso-sigmoïdite est en cause.

L'état cachectique est souvent trompeur : on a vu des cancers du côlon évoluer longtemps et parvenir jusqu'à l'occlusion, sans profond retentissement sur l'état général.

Quant au toucher rectal, le néoplasme aussi bien que le volvulus peuvent ne pas lui être accessibles.

Aussi, la constatation de la tuméfaction épigastrique opposée à la douleur hypogastrique sans localisation palpable au-dessous de l'ombilic, pourra encore ici contribuer à élucider le diagnostic.

Considérations thérapeutiques. — Le volvulus de l'S iliaque une fois diagnostiqué, un seul traitement s'impose, le traitement chirurgical. En aucun cas, on ne devra s'attarder à des moyens médicaux qui seraient aussi inefficaces qu'intempestifs. Tout au plus pourra-t-on essayer la

manœuvre de Rendu, susceptible de réussir dans le cas d'une anse colique simplement coudée en charnière sur la portion recto-sigmoïde; mais on ne devra pas insister si l'on échoue.

Le volvulus de l'S iliaque est, dans la plupart des cas, lié à des processus anatomo-pathologiques contre lesquels les moyens médicaux actuels ne peuvent rien. Nous croyons l'avoir suffisamment exposé plus haut et l'on ne peut que répéter les justes paroles de Nothnagel: « Tout cas de volvulus de l'S iliaque appartient au chirurgien ».

Comment intervient celui-ci? Plusieurs méthodes sont à sa disposition: réduction du volvulus par détorsion de l'anse, suivie ou non de colopexie complémentaire; entéro-anastomose de dérivation; entérostomie palliative au-dessus de l'obstacle; résection de l'anse volvulée.

Le choix dépendra de l'état du malade, du degré des lésions de l'anse volvulée, de l'état du méso-sigma; mais ce n'est qu'au cours même de la laparotomie que l'on pourra juger des lésions, d'où la nécessité de s'attendre à toutes les éventualités et de tenir prêt tout le matériel propre aux diverses méthodes opératoires.

La laparotomie sera médiane, allant de l'ombilic au pubis, souvent même, dans le cas de distension énorme, le chirurgien sera obligé de prolonger l'incision au-dessus de l'ombilic. On pourra lutter contre la sortie en masse des anses intestinales par la manœuvre de Roux de Lausanne. On procèdera ensuite à une éviscération rapide et à l'extériorisation de l'anse colique distendue que l'on détordra en sens inverse suivant les principes établis par Potain; dans la position rectum en avant, il faut visser l'intestin, c'est-à-dire tourner dans le sens des aiguilles d'une montre. Dans la position rectum en arrière, il faut dévisser.

Pour tout ce qui concerne les obstacles susceptibles d'opposer à ces diverses manœuvres et les techniques propres à les aplanir, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à la très complète étude de M. le professeur Forgue dans la *Presse Médicale* de 1920.

La détorsion de l'anse sera suivie ou non de colopexie ou de sigmopexie si l'on veut éviter les récidives ultérieures.

Anus iliaque. — L'entérostomie ne peut être considérée que comme un traitement palliatif indiqué si l'état général du malade est très affaibli ou s'il a été remis trop tard aux mains du chirurgien, si le diagnostic reste incertain malgré la laparotomie, si la détorsion est impraticable.

On préférera dans ce cas la typhlostomie, à la sigmoïdostomie. La première aura l'avantage, en parant à la rétention des anses grêles, de soulager la stercorémie et de diminuer les dangers de collapsus cardiaque par auto-intoxication.

L'entéro-anastomose n'est que d'un médiocre rendement. Ses résultats sont inconstants et elle est, très souvent impraticable à cause des tractus fibreux de la méso-sigmoïdite rétractile.

La résection de l'anse volvulée, surtout la résection pratiquée en deux temps, suivant la méthode d'Eiselsberg, est l'opération la plus rationnelle puisqu'elle supprime tout risque de récurrence. Malheureusement, elle comporte une assez forte léthalité (40 p. 100). Elle tire ses indications de lésions anatomo-pathologiques avancées de l'anse de son volume (cas intermédiaire à mégacôlon et à volvulus) et surtout de l'état de la rétraction mésentérique, facteur déterminant de la tendance aux rechutes.

En résumé, et pour faire un choix dans ces diverses méthodes d'intervention, nous pensons qu'il faut se rallier

entièrement aux conclusions que M. le professeur Forgue a formulées à ce sujet :

Dans les cas graves, réséquer l'anse en deux temps, la continuité de l'intestin n'étant rétablie que secondairement, à *froid*, après un drainage de quinze jours au moins des deux bouts fixés primitivement à la paroi.

Dans les cas plus bénins, on aura intérêt à employer des méthodes de moindre prétention radicale : colopexie après détorsion de l'anse, abouchement colo-sigmoïdien.

Dans les cas désespérés, on établira simplement un anus iliaque, à titre palliatif.

CONCLUSIONS

Une notion anatomo-pathologique capitale, celle de la méso-sigmoïdite rétractile, domine l'étiologie et la pathogénie de la plupart des cas de volvulus de l'S iliaque.

Cette notion permet d'élucider la majorité des faits cliniques que l'on observe au cours des accidents d'occlusion intestinale due à ce volvulus.

Elle conduit à une thérapeutique chirurgicale, rationnelle presque entièrement fondée sur la connaissance exacte des lésions diverses qu'elle a provoquées au niveau de l'anse volvulée, et l'intervention doit être réglée suivant les degrés de ces lésions.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGAVE. — *Presse médicale*, décembre 1920.
- DU CASTEL et BARIÉ. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1879.
- DONALDSON. — *The British Med. Journal*, décembre 1919.
- DUROUX et MANGINI. — *Lyon chirurgical*, 1912.
- DUVAL. — *Pathologie chirurgicale*, t. III.
- DUVAL et BRISSET. — *Société de chirurgie*, déc. 1920.
- FORGUE. — *Presse Médicale*, 1920.
- *Pathologie externe*, tome II.
- GAYET et PATEL. — *Lyon chirurgical*, 1911.
- GUIBÉ. — *Année médicale de Caen*, février 1920.
- JABOULAY. — *Lyon médical*, 1911, t. CXVI.
- KIWULL. — *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 1902, p. 105.
- KUSNETZOW. — *Wiener Medizinische Presse*, 1907.
- LECÈNE. — *Revue de chirurgie*, janvier 1910.
- LENNANDER. — *Wiener Klinische Woch.*, 1894.
- MARCINKOWSKI. — *Przegląd Chirurgiczny i Gynekologic.*, t. III.
- MAZET. — *Thèse de Lyon*, 1912.
- POCHHAMMER. — *Centralblatt f. Chirurgie*, Leipzig, févr. 1920.
- POTAIN. — *Gazette médicale*, Paris, novembre 1879.
- RENDU. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1875.

ROUX et VINON. — *Bulletin de la Société des sciences médicales du Languedoc*, novembre 1920.

ROUX et MILHAUD. — *Bulletin de la Société des sciences médicales du Languedoc*, juin 1921.

SCHULTZE et LECÈNE. — *Atlas d'Anatomie topographique*.

STELKER. — *Roussky Vratch*, 1910, n° 46.

TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*, t. II.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
Sur un cas de Volvulus de L'S Iliaque,
par M. Paul COMÈS.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 14 décembre 1921.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 10 décembre 1921.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 14 décembre 1921

Le Recteur.

Jules COULET.

